

REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 21 de Marzo de 2012.-
DECRETO ALC. N° 533/2012.-

VISTOS Y CONSIDERANDO: La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Acuerdo N° 56/2012 tomado en la 9ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de fecha 20 de Marzo de 2012, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, una ayuda social de \$223.270.- a favor de doña Carolina Mamani Cáceres, para costear los gastos de operación de su hijo menor que padece la enfermedad de Fimosis; Memorando N° 782/12 de 21 de Marzo de 2012, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que acompaña los antecedentes necesarios; Informe Socioeconómico, que justifica la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria.

DECRETO:

- 1.- Otórguese ayuda social a doña **CAROLINA DEL CARMEN MAMANI CÁCERES**, RUT 16.056.078-9, por la suma de **\$223.270.- (doscientos veintitrés mil doscientos setenta pesos)**, con la finalidad de costear los gastos de operación de su hijo menor que padece de la enfermedad de Fimosis. Gírese cheque a nombre de la Profesional de Desarrollo Comunitario, doña **Camila Arce Fajardo**, por la suma antedicha, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.
- 2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta N° **114.03.04**, del Presupuesto Municipal vigente.
- 3.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Fdo. Don Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza doña Leticia Robles Valenzuela, Secretaria Municipal. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-



LETICIA ROBLES VALENZUELA
SECRETARIA MUNICIPAL

LRM/lrm
Distribución:
Adm. y Finanzas
Dideco
Dir. Control
Dir. Jurídica
Sec. Municipal

Luis Rios

De: Leticia Robles [lrobles@maho.cl]
Enviado el: miércoles, 21 de marzo de 2012 8:57
Para: 'Luis Rios'; carce@maho.cl; 'Rosa Maria Alfaro'; rrivera@maho.cl
Asunto: Ayuda Social aprobada en sesión Ordinaria N°9 de 20 de marzo de 2012

ACUERDO N°56/2012:

Por la unanimidad de los miembros presentes del Concejo, se aprueba una ayuda social a doña Carolina Mamani Cáceres por la suma de \$223.270 (doscientos veintitrés mil doscientos setenta pesos) para costear gastos de operación de su hijo menor que padece de una enfermedad llamada Fimosis.

Atte,

Leticia Robles V

Juris: J. Torres



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Alto Hospicio, 21 de Marzo de 2012.

MEMORANDUM N° 782 /2012.

A : Directora Dirección Jurídica / Sra. Rosa Maria Alfaro Torres.

DE : Directora Dirección Desarrollo Comunitario / Sra. Camila Arce Fajardo.

Junto con saludarle y en relación a los casos sociales aprobados con fecha 20 de Marzo de 2012, solicito lo siguiente:

Caso de la Sra. Carolina Mamani Cáceres, Rut 16.056.078-9 por \$ 223.270, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Sra. Camila Arce Fajardo, Directora de Dideco.

Este gasto debe ser imputado a la Cuenta Municipal N° 1140304 (Fondo a Rendir Ayudas Sociales).

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



[Handwritten signature]
Camila Arce Fajardo
Directora
Dirección Desarrollo Comunitario

Distribución:

- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.



MUNICIPALIDAD
ALTO HOSPICIO

Alto Hospicio, 15 de Marzo de 2012.

MEMORANDUM N° 724 / 2012.

A : Sr. Ramón Galleguillos Castillo
Alcalde, Municipalidad de Alto Hospicio

DE : Sra. Camila Arce Fajardo
Directora, Dirección Desarrollo Comunitario

Me es muy grato saludarle y mediante el presente, me permito solicitar a usted su VB para la presentación al Concejo Municipal, el caso social de la Sra. Carolina Mamani Cáceres, Rut 16.056.078-9, quien solicita una subvención de \$223.270 para realizar un copago correspondiente a la operación de su hijo de 5 años a quien se le diagnosticó Fimosis (enfermedad que genera infecciones de por vida en tracto urinario).

Lo anterior, para su resolución, Atte.



[Handwritten Signature]
Sra. Camila Arce Fajardo
Directora
Dirección Desarrollo Comunitario



Distribución:

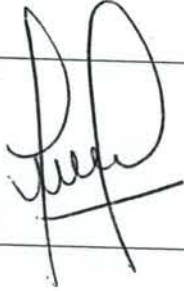
- Archivo Alcaldía. ✓
- Archivo Dideco.





MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
Dirección de Desarrollo Comunal

Resumen Caso Social Concejo Municipal	
Nombre del / la solicitante	CAROLINA MAMANI CACERES
Actividad	TRABAJADORA ESPORADICA
Edad	27 AÑOS
Ingresos	\$90.000
Puntaje F.P.S	3214
Grupo Familiar	MADRE E HIJO DE 5 AÑOS DE EDAD
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA CARNE DE IDENTIDAD (MADRE E HIJO) DIAGNOSTICO MEDICO PROGRAMA ATENCION DE SALUD ANTECEDENTES PAD PRESUPUESTO OPERACIÓN FICHA PROTECCION SOCIAL PROVDENCIA CERTIFICADO NACIMIENTO
SITUACION ACTUAL	CAROLINA MAMANI, 26 AÑOS, SOLTERA, MADRE DE UN NIÑO DE 5 AÑOS, VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADAEN CASA DE SU MADRE. ACTUALMENTE TRABAJA DE FORMA ESPORADICA EN UN LOCA ESTABLECIDO EN LA FERIA. OCASIONALMENTE RECIBE APOYO DE TERCEROS. DURANTE VARIOS MESES SU HIJO HA SIDO TRATADO POR DIVERSAS INFECCIONES EN LA VIA URINARIA, LO ANTERIOR DEBIDO A UNA ENFERMEDAD LLAMADA FIMOSIS, LA CUAL GENERA INFECCIONES Y ALTERACIONES AL ORINAR. <u>POR LO ANTERIOR, LA MADRE SOLICITA UNA SUBVECION (CO APORTE) DE \$223.270.- PARA OPERAR A SU HIJO CON EL OBJETO DE QUE ESTE NO SUFRA MÁS DICHA ENFERMEDAD.</u>
Forma de pago	SUBVENCION POR 223.270.- CHEQUE A NOMBRE DE DIRECTA DE DIDECO, QUIEN REALIZARA EL COPAGO DIRECTAMENTE EN FONASA, SEGÚN INDICACIONES PAD ADJUNTAS.

NOMBRE Y FIRMA DE ASISTENTE SOCIAL	CAMILA ARCE FAJARDO 
------------------------------------	--



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
Dirección de Desarrollo Comunal

15/03/2012 9:56:28

INFORME SOCIAL

Nro.: 0007077

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo **MAMANI CACERES** **CAROLINA DEL CARMEN** Nacionalidad **Chile**
 R.U.N. **16056078-9** Estado civil **Soltero** Sexo: **Femenino**
 Fecha de nacimiento **14/06/1985** Previsión **Fonasa B**
 Escolaridad **Educación media científico humanístico** Profesión u oficio **DUEÑA DE CASA**
 Domicilio **CALLE SUECIA LA PAMPA** Nro. **MZ.37 ST.13** Fono (recado) **491846**
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **3084822** Puntaje: **3214**

Condiciones de saneamiento y confort Agua potable Energía eléctrica Alcantarillado **5. Allegado**

Antecedentes del grupo familiar Nro. de integrantes: **2** Ingreso per - Capita: **20.000** Total de ingresos \$ **40.000**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
MAMANI CACERES CAROLINA DEL CAI LUIS ANGEL MARIO CASTILLO MAMAN	16056078-9 22322229-3	jefe/a de familia Hijo/a sólo del jefe/a	14/06/1985 29/01/2007	Educación media cienti Educación parvularia	DUENA DE CASA PRE ESCOLAR	40.000	Fonasa B Fonasa B

Asunto SOLICITA SUVENCIÓN DE CO APORTE PARA PAGO DEL PAD PARA OPERACIÓN DE MENOR DE 5 AÑOS, QUIEN PADECE FIMOSIS.

Situación Social

D. CAROLINA MAMANI, SOLTERA, 26 AÑOS, MADRE DE 1 MENOR DE 5 AÑOS, VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADA EN CASA DE SU MADRE, TRABAJA EN FORMA ESPORÁDICA COMO EMPLEADA EN LOCAL ESTABLECIDO EN FERIA. SEGUN SEÑALA EN OCASIONES RECIBE APOYO DEL PADRE DEL MENOR, QUIEN ES PERUANO, CASADO. EN OCASIONES INCLUSO DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SU MADRE. DURANTE VARIOS MESES SU HIJO HA SIDO TRATADO POR DIVERSAS INFECCIONES EN SU VÍA URINARIA, LO ANTERIOR, DEBIDO A UNA ENFERMEDAD LLAMADA FIMOSIS. LA CUAL GENERA INFECCIONES Y ALTERACIONES AL ORINAR. CABE SEÑALAR, QUE LA INFORMADA PRESENTA TODA LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA, Y ACTUALMENTE DEBE OPERAR A SU HIJO A LA BREVEDAD PARA ASÍ EVITAR QUE ESTAS INFECCIONES CONTINÚEN.

CAMILA AFCE BARRIDO
Nombre y Firma Asistente Social

inquerra@maha.cl

Fecha: 15/03/2012

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Atentas

*el fin. Finanzas;
en la misma persona que
por prov. 4760 este reclamo de
por parte bailab de Julia Wawdever.*



OFICINA DE PARTES

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

PROVIDENCIA N° 004753 2011

FECHA: 12 DIC 2011

DERIVADO A:

- ALCALDIA
- ADM. MUNICIPAL
- SECRET. MUNICIPAL
- DIRECC. JURIDICO
- SECOPLAC
- DIREC. DE CONTROL
- DAF
- RENTAS
- INSPECTORES
- DOM

- DIDECO
- DAO
- DEPORTES - CULTURA
- DIRECC. DE TRANSITO
- DIREC. SERV. TRASPASADOS
- EDUCACION
- SALUD
- R.R.P.P.
- OF. TERRITORIAL
- OF. EMERGENCIA

OBSERVACIONES:



[Handwritten signature]

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

12 DIC 2011

13:30 HRS.

ALCALDIA

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
13613
14 DIC 2011
08:45 Hrs.
Dirección Administración y Finanzas

IQUIQUE, Diciembre del 7 del 2011.

**SEÑOR
RAMON GALLEGUIDOS CASTILLO
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
PRESENTE**



Distinguido señor Alcalde:

Yo, Carolina del Carmen Mamani Caceres, Rut: 16.056.078-9, con domicilio en Manz. 37 , sitio 13, calle Suecia de la Comuna de Alto Hospicio, le saluda muy respetuosamente y por esta misma le solicito siguiente.

Primeramente le comento que a la edad de 2 años, tuve que llevar a mi hijo por urgencia a la consulta medica Particular del Pediatra. El cual me explico en esa oportunidad que mi hijo presenta una infección en su pene y que debía tratarlo con especialista en urología lo más pronto posible.

Por falta de recursos preferi llevarlo al consultorio donde mi hijo se atendie siempre; el medico que lo vio me dijo que no preocupara porque lo que tenia mi hijo era lo normal para los niños de su edad; confiando en la palabra de ese médico deje pasar 2 años más, pero me he dado cuenta que hijo últimamente ha tenido cambio en su pene le cuesta orinar y siente molestias en esa zona de su genital.

Debido a que en mi anterior trabajo me pagaban imposiciones , y una vez que quede secante doy gracias a dios que hasta el dia de hoy puedo seguir comprando bonos y así lleve por segunda vez a mi hijo a la Clínica Tarapaca a un especialista en Urología el doctor RAMSES AGUIRRE MONTOYA.

El cual me dijo y me confirmo que, mi hijo tiene estreches de su prepucio en la punta del pene que impide retraer dicha piel hacia abajo y decubrir el glande por completo. Lo que el doctor describe como FIMOSIS.

La Fimosis es un problema que afecta al 80% de los lactantes menores de 6 meses y a niños menores de edad, Además, se ha comprobado que tiene propiedades cancerígenas cuando se infecta, de forma que los niños que han tenido infección de repetición por fimosis tienen más probabilidades de desarrollar cáncer en la vida adulta, lo que quiere decir que mi pequeño hijo ya lleva su segunda infeccion en su pene.. Y este es el motivo de mi carta, como madre estoy muy desepcionada, dolida y muy molesta por la falta de profesionalismo de los medicos que atendieron en el consultorio a mi hijo porque no detectaron de un principio este problema, lo hubieran operado cuando solo tenia meses y no haber esperado hasta hoy que mi hijo tiene 4 añitos para recién tener que operarlo.

En estos momentos el doctor solo me pide que agilice lo más pronto la operación de mi hijo y de hecho solo el me da hasta 90 días que es lo que dura como plazo máximo el beneficio de FONASA, el costo de la operación es \$223.270., más los gastos de insumos y farmacias.

Gracias a dios aún queda gente humanitaria y de buen corazón , los que han accedido de alguna manera sin fines de lucro prestarme ayuda necesaria para el costo de la operación de mi hijo, le hablo de un grupo musical folklorico del norte de nuestro país. Los que conosco porque tengo lazos andinos de familia con algunos de ellos.

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

12 DIC 2011

13:30 HRS.

ALCALDIA

En estos momentos me siento desesperada por no contar con el dinero para la operación, en mi cabeza no hay momentos de tranquilidad porque no tengo mucho tiempo de espera para la operación de mi pequeño hijo . Por eso acudo desesperada a Ud., para me permita realizar una actividad bailable a beneficio con venta de alcohol, y así reunir el dinero de la operación, tengo mucha fe que todo me saldrá bien , porque he sentido el apoyo de mucha gente buena, y con la mano en el corazón le pido no me niegue la posibilidad de ver a mi hijo sano crecer y que a futuro no contraiga cancer por no haberlo operado a tiempo.

La actividad la pienso llevar a cabo el día Sabado 17 de diciembre del presente año; en una parcela de un familiar ubicada en Cerro Hermoso sitio 15 en la comuna de Alto Hospicio.

Adjunto a esta misiva lo siguientes documentos : fotocopia del carnet de mi hijo, Bonos de consulta, ordenes de exámenes, el presupuesto de la Clínica Tarapacá de la operación de mi hijo, más fotocopia de mi cedula de identidad y certificado de nacimiento.

NOTA: Esta es la segunda vez que le pido este permiso bailable a beneficio de hijo porque la primera vez que realice esta actividad el dia viernes 4 noviembre no se pudo concretar y me hicieron parar la fiesta a las 01:00 de la madrugada ya que el Sr. Miguel Pizarro Brito con sus influencias mando a Carabineros los que no escucharon explicación y me pararon la actividad bailable (sin haber ninguna motivo para ello) y por eso no pude reunir el dinero para la operación de mi hijo. Asombrada por lo ocurrido he indagado sobre esta persona el cual es totalmente desconocido para mi este señor es promotor y hace constantes fiestas bailables con permiso de Clubes Deportivos autorizado por el mismo departamento de Rentas los permisos inclusive hasta La 05:00 de la madrugada como el fin de semana recién pasado los dias viernes 02 y sabado 03 de Diciembre del 2011, y ahora nuevamente hara otra fiesta en alto hospicio el dia sabado 10 de diciembre en el local la media luna; no encuentro explicación alguna a todo esto ojala uds pueda fiscalizar bien considero injusto lo que ocurre, esta persona me causo un daño enorme a mi , sin imaginarse el mismo que mi actividad era por mi hijo no como el pensaba que yo era igual que el promotor y por eso me causo ese daño, justo el mismo dia que tambien el hizo sus actividades (ruego a dios que perdone tan mala actitud de su parte)porque el solo hace estas fiesta para ganar dinero.

Sin otro particular y esperando su pronta y favorable respuesta se despide muy cordialmente.,



CAROLINA DEL C. MAMANI CACERES

16.056.078-9

Celular: 93861579 61377217 491846

ALTO HOSPICO

61377217

le cito viernes
8:30 h.

7077



Dr. Ramses Aguirre Montoya

UROLOGIA
I.C.M 8.589 - 8
BARROS ARANA N° 1550
FONO: 426795 • IQUIQUE
RUT. 5.646.206 - 6

Nombre: Luis Castillo Mamani

Rut.: _____ Edad: 4 años -

Dirección: _____

Debe operarse de Fimosis.
Paciente Fonose, tiene acceso
a programa PAD, cuyos montos
se prometen entre paciente y
Fonose (los valores los otorga
el Fonose) según programa,
donde incluye 1 día cama, derecho
de ebullir, insumos y equipo
médico completo.

En el post operatorio debe considerarse
un antiinflamatorio por caso en caso.
Iquique, _____ de _____ de 20____

FIRMA



PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD

Nº

18888064

MOD.: Libre Elec. TIPO PROGRAMA:

UTRO

FECHA: / /

ASEGURADO	RUT AFILIADO : 16006078-9	NOMBRE: KAROLINA DEL CARMEN MAMANI	CHLER	GRUPO INGRESO: B
	DIRECCION HVVH LH IIRKHH 1520			TELEFONO
	RUT PACIENTE : 22322229-3	NOMBRE: LUIS ANGEL CASTILLO MAMANI	EDAD: 4	SEX.: M N°C.: 0

ESTABLECIMIENTO	RUT ESTABLECIMIENTO : 96604080-7	GR.NIVEL: 3	NOMBRE: CLINICA IARRKHH S A
	FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO		N° DIAS

PROF.	NOMBRE PROFESIONAL TRATANTE: AGUIRRE MUNIUYA RAMSES
	R.U.T. PROFESIONAL: 0646206-6 GR.NIVEL: 3

DIAGNOSTICO: FIMUSIS
NIVEL 1er. CIRUJANO: 3

RECARGO:

INTERVENCION QUIRURGICA	COD. PRESTACION	% COBRO	RUT	ITEM	DESCRIPCION	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
					1	1er. CIRUJANO		
				2	ANEST.(MISMO 1er CIR.)			
				3	ANEST.(OTRO PROFES.)			
				4	2o. CIRUJANO			
				5	3er. CIRUJANO			
				6	4o. CIRUJANO			
				7	5o. CIRUJANO			
				8	PABELLON			
SUB TOTAL \$:								

OTRAS PRESTACIONES	NIVEL	CODIGO PRESTACION	CANTIDAD	HORA-RIO	PRESTACION	RUT PRESTADOR	VALOR NIVEL 1 \$	VALOR TOTAL \$	A PAGAR ASEGURADO \$
		3	2201017	1	N	FIMUSIS	96604080-7	372.120	372.120
SUB TOTAL \$:							372.120	372.120	223.270
TOTAL \$:							372.120	372.120	223.270



INFORMESE AL 000 360 3000

CC ADICIONALES	DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
	DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
	DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
	DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
	TOTAL	\$

DIFERENCIAS HONORARIOS	HONORARIOS (SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
	EQUIPO MEDICO	\$
	ARSENALERA	\$
	ANESTESISTA	\$
	MATRONA	\$
	PEDIATRA	\$
	TOTAL	\$

FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL	\$	372.120
	APORTE FONDO NAC. DE SALUD	\$	148.850
	A PAGAR BENEFICIARIO	\$	223.270
	MONTO PRESTAMO	\$	138.131
	EFFECTIVO A PAGO BENEFICIARIO	\$	63.119

EMISOR	RUT VALORIZADOR: 6333389-4
	NOMBRE: LUIS SHAMUELA MAMANI
	CODIGO SUCURSAL: 0110001 FECHA EMISION: 11-01-2012
	NOMBRE: L. L. IQUIQUE

MONTO DE PRESTAMO A OPTAR \$: 138.131

MONTO DIRECTO A PAGAR ASEG. \$: 63.119

CERTIFICADO PRESTAMO N°

N° PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS:

ANTECEDENTES PARA
CONFECCION DE PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD

Nº 18800064

9.110.883-6

7296.350-K

FECHA:

PAD

PROGRAMA COMPLEMENTARIO AL Nº

DALIDAD LIBRE ELECCION INSTITUCIONAL

BENEFICIARIO

R.U.T. PACIENTE: 11605610781-9
 APELLIDO PATERNO: Mamani
 APELLIDO MATERNO: Roceres
 NOMBRES: Carolina

ESTADO PREVISIONAL: 1.DEPENDIENTE 2.INDEPENDIENTE 3.SUB.CESANTIA 4.PENSIONADO 5.INDIGENTE

CALLE: La Corana Nº 1520
 POBLACION / VILLA: I.O.O.
 COMUNA: I.O.O.
 CIUDAD: I.O.O.

R.U.T. PACIENTE: 223222491-3
 APELLIDO PATERNO: Castillo
 APELLIDO MATERNO: Memari
 NOMBRES: Luis
 EDAD: 4
 SEX.:
 N°C.:

ESTABLECIMIENTO

R.U.T. ESTABLECIMIENTO: 9166040810-7
 GRUPO NIVEL:
 NOMBRE ESTABLECIMIENTO: Clinica Tarapaca

FECHAS HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO DESDE: DIA MES AÑO
 HASTA: DIA MES AÑO
 N° DIAS: 1

PROF. TRATANTE

R.U.T. PROFESIONAL: 56462061-6
 GRUPO NIVEL:
 NOMBRE: Ramon Aguirre Montoya

DIAGNOSTICO: FIMOSIS.
 N° HISTORIA CLINICA:
 FIRMA PROFESIONAL TRATANTE:

INTERVENCION QUIRURJICA

RECARGO: SI NO

NIVEL 1er CIRUJANO
 NIVEL ANESTESISTA

PRESTACION	% COBRO	% PAB.	% ANEST.
2501017-0			

ITEM	DESCRIPCION	R.U.T.
1	1er. CIRUJANO	✓
2	ANEST. (MISMO 1er. CIR.)	
3	ANEST. (OTRO PROFES.)	✓
4	2o. CIRUJANO	✓
5	3er. CIRUJANO	
6	4o. CIRUJANO	
7	5o. CIRUJANO	
8	PABELLON	✓

ESPECIALIDAD DEL PROGRAMA

1. MEDICINA
 2. CIRUGIA
 3. OBST. Y GINECOLOGIA
 4. PSIQUIATRIA
 5. TRAT. RADIOLOGICO
 6. KINESITERAPIA
 7. OTROS

PRESTACIONES

NIVEL	CODIGO DE PRESTACION	CANT.	HOR.	PRESTACION	R.U.T. PRESTADOR
		1		die cama	

FONDO NACIONAL DE SALUD
 VALORIZACION
 11 ENE. 2012
 DIRECCION REGIONAL
 IQUIQUE
 I - II - III REGION

CLINICA TARAPACA S.A.
 96.604.080-7
 Barros Arana Nº 1550 • Iquique

DIFERENCIAS AUTORIZADAS

DIFERENCIA POR DIAS CAMA	\$
DIFERENCIA POR DERECHO A PABELLON	\$
DIFERENCIA POR INSUMOS O MATERIALES CLINICOS	\$
DIFERENCIA POR MEDICAMENTOS	\$
TOTAL	\$

HONORARIOS PARTICULARES

HONORARIOS (SOLO PARA PROFESIONALES NO INSCRITOS EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD)	
EQUIPO MEDICO	\$
ARSENALERA	\$
ANESTESISTA	\$
MATRONA	\$
PEDIATRA	\$
TOTAL	\$

FUNDAMENTO

Uso exclusivo médico tratante:

FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE: _____
 FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUDITOR: _____




SERVICLINICA IQUIQUE S.A.
IQUIQUE
SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE

Fecha : 06/10/2011
Hora : 12:43
HOS5054R

PRESUPUESTO

Nº PRESUPUESTO : 29.693 FECHA/HORA PRESUPUESTO : 06/10/2011 - 12:43
 APELLIDO-NOMBRE : CASTILLO MAMANI LUIS ANGEL MARIO RUT : 22322229 - 3
 FECHA NACIMIENTO : 29/01/2007 - 4 SEXO : MASCULINO TELEFONO : 491846
 DOMICILIO : AV.LA TIRANA 1520 COMUNA : IQUIQUE
 CIUDAD : IQUIQUE MEDICO : AGUIRRE MONTOYA RAMSES
 ISAPRE / CONVENIO : FONASA PAD N° SOCIO :
 INTERVENCION 1 : 1902082 CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE SINEQUIAS)

FECHA HOSPITALIZACION : 15/10/2011 VALIDO POR : 0 Días 1 DIA(S) CAMA(S)

 DETALLE PRESUPUESTO : DIA CAMA PEDIATRICO

	Valor	Descuento Convenio	Cobertura	Copago	Valor Final
Días Cama	\$ 223.270	\$ 0	\$ 0	\$ 223.270	\$ 223.270
Días Cuna	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Pabellón	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Recuperación	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Medicamentos e Insumos	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Valor Presupuesto	223.270	0	0	223.270	223.270

	Mínimo	Medio	Máximo
 Insumos	29.583	88.779	181.711
Farmacia	1.906	47.344	110.772

- Estos valores no incluyen Honorarios Médicos
- (*) Recargo 50 % en Horario Inhabil
- Este Presupuesto es estimativo, puede sufrir diferencias segun el procedimiento que el médico estime conveniente.

Observación :

PACIENTE INGRESA CON BONO PAD.

CLINICA TARAPACA S.A.
96.604.080-7
Barros Arana N° 1550 • Iqq.

Firma Cliente

DANICA MORA SEPULVEDA
FONO 57-397391 ANEXO 391

FOLIO N° 3084822
 PUNTAJE: 3214
 FECHA P.J.E: 02/02/2012



INGRESOS			
N°	INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
1	Monto B40000	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto
	Monto	Monto	Monto

VIVIENDA

3 Tenencia del sitio 2 FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA 1 Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina

3 Tenencia de la Vivienda 2 DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA 1 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS 0 Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

0 Familia Principal de la Vivienda 2 USO DE BAÑO 1

GESTION DE LA FICHA

Codigo Encuestador(a) 112 Codigo Supervisor(a) Codigo Revisor(a)

FECHA APLICACION FICHA: Dia 18 Mes 06 Año 2008
 FECHA SUPERVISION COMUNAL: Dia Mes Año
 FECHA REVISION COMUNAL: Dia 19 Mes 06 Año 2008

FIRMA ENCUESTADOR(A) FIRMA SUPERVISOR(A) FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:

LOCALIZACION TERRITORIAL

CODIGO COMUNA 01107 ZONA 1 UNIDAD VECINAL 009

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACION VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO LA PAMPA

TIPO AGRUPACION CP CODIGO AGRUP. HABITACIONAL CODIGO MANZANA CODIGO CALLE

CP CODIGO AGRUP. HABITACIONAL 38 CODIGO MANZANA 37 CODIGO CALLE 109

NOMBRE DE CALLE O CAMINO CALLE SUECIA

NUMERO DE DOMICILIO - BLOCK/ CASA - DEPARTAMENTO/ SITIO 13 CODIGO VIVIENDA 41

REFERENCIAS

DECLARACION INFORMANTE CALIFICADO

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA 1

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a MIDEPLAN a realizar un proceso de verificación de la información en caso de ser necesario. Adicionalmente, autorizo el uso de la información proporcionada, exclusivamente con el fin de postular a beneficios sociales del estado



CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : IQUIQUE
Nro. inscripción : 538 Registro : Año : 2007
Nombre inscrito : LUIS ANGEL MARIO CASTILLO MAMANI
R.U.N. : 22.322.229-3
Fecha nacimiento : 29 Enero 2007
Sexo : Masculino
Nombre de la madre: CAROLINA DEL CARMEN MAMANI CÁCERES
R.U.N. de la madre: 16.056.078-9

FECHA EMISIÓN: 19 Octubre 2011, 09:24.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710
Impreso en: IQUIQUE
REGION : TARAPACA

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares.



Timbre electrónico SRCel



Andrés Falcón Valencia
Jefe Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

1801047

RUN : 22322229-3

6L%YB+

www.RegistroCivil.gob.cl